



# WISEWOMAN Assessment Form



NOMBRE: APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	FECH NAC (MM/DD/AAAA)	FECHA DE LA VISITA
------------------	---------------	---------	-----------------------	--------------------

## A. Historial de Salud (Marque lo apropiado)

1. ¿Tiene colesterol alto?  Si  No  No sé/No estoy seguro  
*Si contestó No, pase a la pregunta 2*
- a. ¿Toma medicamentos para bajar su colesterol?  Si  No  No sé/No estoy seguro
- b. Durante los últimos siete (7) días, incluyendo el día de hoy, ¿cuánto días tomó un medicamento recetado para bajar su colesterol? \_\_\_\_\_ Número de días  
 Ninguno. No pude obtener medicamentos  
 No sé/No estoy seguro

2. ¿Tiene hipertensión (presión arterial alta)?  Si  No  No sé/No estoy seguro  
*Si contestó No, pase a la pregunta 3.*
- a. ¿Toma medicamentos para bajar su presión arterial?  Si  No  No sé/No estoy seguro
- b. Durante los últimos siete (7) días, ¿cuántos días medicamento recetado (incluyendo diuréticos/pastillas) para bajar su presión arterial? \_\_\_\_\_ Número de días  
 Ninguno. No pude obtener medicamentos  
 No sé/No estoy seguro
- c. ¿Se mide la presión arterial en el hogar o usa otros recursos calibrados?  Si  No  No sé/No estoy seguro  
**Si No**, marque una razón:
- Nunca me dijeron que me midiera mi presión arterial  
 No sé como medir mi presión arterial  
 No tengo el equipo para medir la presión arterial

**En caso afirmativo:**

- i. ¿Con que frecuencia se mide la presión arterial en casa o usa otros recursos calibrados?  Varias veces al día  
 Dairiamente  Par de veces a la semana  
 Semanalmente  Mensualmente  
 Otro (No la mido)  Par de veces a la semana
- ii. ¿Comparte usted regularmente lecturas de la presión arterial con un proveedor de atención médica para retroalimentación?  Si  No  No sé/No estoy seguro

3. ¿Tiene diabetes? (ya sea de Tipo 1 o Tipo 2)  Si  No  No sé/No estoy seguro  
*Si contestó No, pase a la pregunta 4*
- a. ¿Toma medicamentos para bajar el azúcar en la sangre (para diabetes)?  Si  No  No sé/No estoy seguro
- b. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó la medicación prescrita para reducir el azúcar en la sangre (para diabetes)? \_\_\_\_\_ Número de días  Ninguno  Ninguno, porque no pude obtener medicamentos  No sé/No estoy seguro

4. ¿Ha sido diagnosticado por un profesional de la salud con cualquiera de estas enfermedades: enfermedad cardíaca coronaria/dolor de pecho, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, derrame cerebral/ataque isquémico transitorio (TIA), enfermedad vascular, o defectos congénitos de corazón?  Si  No  No sé/No estoy seguro

## B. Hábitos de Salud (Marque lo apropiado)

1. ¿Cuánta fruta come en un día normal? \_\_\_\_\_ Número de tazas  Ninguna
2. ¿Cuántas verduras come en un día normal? \_\_\_\_\_ Número de tazas  Ninguna
3. ¿Usted come dos (2) o más porciones de pescado por semana?  Si  No
4. ¿Usted come tres (3) o más onzas de granos enteros al día?  Si  No
5. ¿Usted toma menos de 36 onzas (450 calorías) de bebidas con azúcares agregados cada semana?  Si  No
6. ¿Esta usted controlando o reduciendo el consumo de sal de sodio?  Si  No
- 7a. ¿Cuánta actividad física moderada hace a la semana? \_\_\_\_\_ Número de minutos  Ninguna
- 7b. ¿Cuánta actividad física vigorosa hace a la semana? \_\_\_\_\_ Número de minutos  Ninguna
- 8a. ¿Usted fuma? Incluye cigarrillos, pipas, o puros (Tabaco fumado de cualquier forma)  Fumador Actual  Dejarlo (hace 1-12 meses)  Dejarlo (hace más de 12 meses)  Nunca he fumado
- 8b. Aproximadamente, ¿cuántas horas al día en promedio está en la misma habitación o en un vehículo con una persona que fuma \_\_\_\_\_ Número de horas  Ninguna
- 9a. Pensando en su salud física, lo cuál incluye enfermedades físicas y lesiones, ¿cuántos días durante los últimos 30 días su salud física no fué buena? \_\_\_\_\_ Número de día  No sé/No estoy seguro
- 9b. Pensando en su salud mental, que incluye stress, depresión, y problemas emocionales, ¿cuántos días durante los últimos 30 días su salud mental no fué buena? \_\_\_\_\_ Número de días  No sé/No estoy seguro
- 9c. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días sintió que los problemas de salud mental o físicos le impidieron realizar sus habituales actividades, como el cuidado personal, trabajo o recreación? \_\_\_\_\_ Número de días  No sé/No estoy seguro

## C. Disposición a Cambiar Hábitos de Salud (Marque las casillas apropiadas)

Maque la casilla por cada una de las siguientes tres afirmaciones que mejor describa su comportamiento de hoy.	Tengo poca o ninguna intención de cambiar mi comportamiento en un futuro previsible.	Estoy pensando en hacer un cambio en mi comportamiento.	Estoy listo para planificar cómo voy a hacer un cambio en mi comportamiento.	Estoy en el proceso de tartar de hacer un cambio en mi comportamiento.	Estoy tratando de mantener un cambio que he hecho en mi comportamiento.
1. Comer más frutas y vegetales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dejar de Fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (o nunca he fumado)
3. Incrementar la actividad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>